Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle.
Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Sellheim.

192

STANFORD LIBRARY
JUN 19 1923

Zur Operationstechnik der hohen Blasen-Scheiden-Uterus-Fisteln.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Friedrich Wilhelm Kühne
Aschersleben
z. Z. Med. Prakt. an der Med. Kl.

Referent: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Sellheim.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0320

Ueberblick über die Entwicklung der Urinfisteloperationen. Bei hochsitzenden Blasenscheiden- und Blasengebärmutterfisteln wurden vor Trendelenburg Kolpokleisis und Hysterokleisis ausgeführt, bis dieser 1881 als erster abdominal vorging. Indication für seine intravesicale Methode:

Blasenscheidenfisteln, die hoch und versteckt liegen und per vaginam nicht genügend freigelegt werden können, besonders Fisteln in der Nähe der Ureteren, Blasenuterus, Uretercevoix und Ureterscheidenfisteln. Operation in Beckenhochlagerung.

Suprasymphysärer Schnitt. Quere Spaltung der Blase zur Freilegung der Fistel, trichterförmige Anfrischung derselben. Bei Ureternahen Fisteln zuvor Sonde in den Ureter. Endovesicale Catgutnaht. Bei Seidennaht wird der Faden an beiden Enden mit Nadeln armiert, die nach der Scheide durchgestochen, von den Fingern der linken Hand aufgefangen und hier geknotet werden. Auf die erste Naht eine zweite Lembertnaht. Vernähung der Blasenwände von beiden Seiten her bis auf eine Drainöffnung in der Mitte für T-Rohr. Schluß der Bauchwunde bis auf 3 Drainöffnungen. In der mittleren liegt lose das Blasendrainrohr, durch die beiden lateralen Oeffnungen Drainage des prävesicalen Raumes mittels Jodoformgazestreifens. Horizontale Bauchlage. Spühlung der Blase durch das T Rohr mit schwacher Sublimatlösung. Jodoformgazetamponade der Vagina; Seitenbauchlage. Vom 5. Tag Rückenlage. 9—12 Tag Entfernung des Drainrohres. Wunde p. s. heilen lassen. —

Diese intravesicale Methode fand sehr geteilte Aufnahme bei den Autoren. Als Nachteil erwies sich die regelmäßige Entstehung eines Bauchbruches. T. versuchte die temporäre Resection eines queren Stückes des Schambeins nach v. Bramann, die jedoch an der Gangrän des Knochenstückes scheiterte. Die Wickhoffsche Modifikation, sich durch Symphysiotomie Zugang zur Blase zu verschaffen, hat sich nicht bewährt.

Folgende Autoren gingen ebenfalls abdominal vor: Bardenheuer, Fritsch, Schickele, Legueu, Dittel, C. u. v. Klein, Nagel, Sachs und Zweifel. Schilderung ihrer Methoden z. T. an der Hand einschlägiger Fälle. Sellheim schloß in einem Fall von Blasenscheidengebärmutterfistel bei dem Versuch der Totalextirpation der von einem jauchenden Tumor angefüllten Harnblase die Plica vesico-uterina von der freien Bauchhöhle ab durch Aufnähen des P. parietale auf die ligamenta rotunda und den unteren Uteruskörperabschnitt. —

März 22 wurde in unserer Frauenklinik ein Fall operiert von 2 Markstückgroßer, oberflächlicher Blasengebärmutterfistel, vorderer Rand scharf gespannt, ganz dünner Saum, links und rechts starke Narben, vorderer Teil der Portio fehlend — bei einer 37 jährigen X. para.

Operation in Lumbalanaesthesie: Sellheim-Linnert.

Pfannenstielscher Querschnitt. Vorziehen des Uterus mittels einer durch den Hals gelegten Seidennaht. Darüber feuchte Kompressen. Eröffnung der Plica vesico-uterina. Das Peritoneum grenzt fast unmittelbar an die Blasenschleimhaut an der Fistelgrenze. Vorsichtige Erweiterung der Wunde nach links, sodaß man durch Zug an der Portio die Fistel rechts gut ins Gesichtsfeld ziehen kann. Beginn der Lappenspaltung zwischen Peritoneum und oberem Fistelrand. Fortsetzung links und rechts durch die narbigen Ränder und Vollendung an dem dünnen, vorderen-unteren Fistelrand. Hier gelingt es, einen dünnen Scheidenlappen von der Blasenwand abzupräparieren. Vernähung in querer Richtung der gut mobilisierten Blasenwand in allen Schichten. Darüber in der Mediären Naht unter Hilfe seitlicher Benutzung der Blasenwand. III. Schicht durch Uebernähung des in die Scheide heruntergezerrten Peritoneums der Blasenwand an den dünnen, hinteren Scheidensaum im Fornix anterior. Vernähung dieses Peritoneallappens, von dem ein gut 2 cm breiter Saum das vordere Scheidengewölbe bilden hilft in 2 Etagen an die vordere Uterushalswand. Schluß der Bauchwunde durch fortlaufende Catgutnaht für Peritoneum und Muskulatur in 2 Schichten, Fascie in der dritten, Fett in der 4. Schicht. Michelsche Klammern. Aseptischer Mullverband. Nachbehandlung: Patientin wird halbstündlich zum Entleeren der Blase angehalten, 2 stündlicher Katheterismus. Nach 14 Tagen P. völlig beschwerdefrei geheilt entlassen.

Im Vergleich zur Trendelenburgschen Operation haben wir breiteren Zugang, weit schnelleren Heilungsverlauf. Der Vorteil der Ausführung der Operation in der beschriebenen Weise liegt darin, daß durch die Spaltung des Fistelrandes kein neues Gewebe mehr verloren geht, wie das früher bei der Anfrischung durch Excision der Narbe der Fall war. Der Narbenrand bleibt bei der Operation erhalten und wird lediglich durch eine Discission mobilisiert. Der Nachteil der Excision der Narbe bestand vor allem in einer hochgradigen Schrumpfung und Verengerung der Fistelgegend, die bei Ausbleiben der Heilung bei einer Reoperation immer ungünstiger werdende Verhältnisse herbeiführte.

Gefahr der Infektion der Bauchhöhle besteht bei normalem Urin nicht.

Wichtig die Nachbehandlung, da bei Dauerkatheter erfahrungsgemäß Complicationen im Heilungsverlauf.